



Merkblatt Krankenkasse

Liebe Eltern, Patienten und Angehörige,
auf diesem Merkblatt finden Sie einige Hinweise für Ihren Klinikaufenthalt sowie zu den Leistungen der gesetzlichen Krankenkassen.

1. Stationäre Mitaufnahme

Werden Eltern während eines stationären Klinikaufenthalts mit aufgenommen?

Bei Kindern im Vorschulalter nehmen wir grundsätzlich ein Elternteil stationär mit auf. Das bedeutet, hier besteht eine sogenannte ‚medizinische Notwendigkeit‘ zur Mitaufnahme eines Angehörigen (vgl. § 11 Abs. 3 SGB V). In diesem Fall entstehen Eltern / Angehörigen keine Kosten für Unterkunft und Verpflegung. Für die Krankenkasse ist es dabei unerheblich, ob es sich um ein Elternteil oder einen nahestehenden Verwandten handelt. Die Entscheidung über die *medizinische Notwendigkeit* der Mitaufnahme eines Elternteils wird immer vor Ort im Aufnahmegespräch durch den behandelnden Arzt getroffen.

Wenn ein Kind das Schulalter bereits erreicht hat, wird im Einzelfall durch den aufnehmenden Stationsarzt geprüft, ob die *medizinische Notwendigkeit* für die stationäre Mitaufnahme einer Begleitperson weiter gegeben ist. Dies kann immer nur vor Ort bei Aufnahme durch den Arzt und nicht bereits im Voraus entschieden werden. In der Regel werden Eltern, deren Kinder bereits eingeschult sind, nicht mehr stationär mit aufgenommen.

Damit Eltern dennoch in der Nähe ihres Kindes sein können, bietet unsere Klinik Übernachtungsmöglichkeiten an. Info unter 08821-701-0 / -247.
Auf unserer Homepage finden Sie ein Verzeichnis von Pensionen rund um die Klinik (www.rheuma-kinderklinik.de Stichwort: Übernachtung).

2. Lohnausfallkosten

Wer übernimmt die Lohnausfallkosten für die Zeit der stationären Behandlung, wenn berufstätige Angehörige mitaufgenommen sind?

Ist die Mitaufnahme während der Zeit des stationären Aufenthaltes des Kindes (im Sinne des § 11 Abs. 3 SGB V) medizinisch notwendig, dann können Sie je nach Satzungsregelung Ihrer Krankenkasse, Lohnausfallkosten beantragen. Die Erstattung der Lohnausfallkosten ist in den Leistungskatalogen der Krankenkassen unterschiedlich geregelt. Ob und in welcher Höhe die Lohnfortzahlung von der Krankenkasse erstattet wird, sollten Sie vor dem Krankenhausaufenthalt mit Ihrer Versicherung klären.

Sollte die Krankenkasse für Ihre Lohnausfallkosten aufkommen, müssen Sie auch mit Ihrem Arbeitgeber klären, ob Sie für den Zeitraum des stationären Aufenthalts unbezahlten Urlaub nehmen können. In den meisten Fällen gewähren die Arbeitgeber unbezahlten Urlaub. Allerdings gibt es keinen Rechtsanspruch des Arbeitnehmers gegenüber dem Arbeitgeber. Der AG kann den unbezahlten Urlaub verweigern, wenn aufgrund von betrieblichen Gegebenheiten (z. B. Personalmangel / Krankheit) nicht auf Ihre Arbeitskraft verzichtet werden kann. Es ist also eine ‚Kann-Regelung‘.

- Wenn Ihr Kind das Schulalter bereits erreicht hat, kann die medizinische Notwendigkeit der Mitaufnahme einer Begleitperson nur in wenigen Ausnahmefällen genehmigen. Die Entscheidung hierüber trifft der jeweils zuständige Oberarzt.

Achtung: Sollten Angehörige nicht als medizinisch-notwendige Begleitperson mit aufgenommen sein, dann haben Sie in der Regel auch keine Möglichkeit auf Erstattung der Lohnausfallkosten durch die Krankenkasse.

- In diesem Fall müssen Sie mit Ihrem Arbeitgeber klären, ob Sie unbezahlten Urlaub bekommen, ob Sie Überstunden ‚abfeiern‘ oder ob Sie Ihren Jahresurlaub nehmen können. Nur wenn Sie Ihren Jahresurlaub oder Ihre Überstunden nehmen, entsteht Ihnen kein Verdienstausschlag.

3. Haushaltshilfe

Wer versorgt die Familie, wenn der haushaltsführende Elternteil stationär mit aufgenommen ist? Betreuung weiterer Kinder im Haushalt – gem. § 38 SGB V

Befinden sich im Haushalt weitere Kinder unter 12 Jahren (oder behinderte und auf Hilfe angewiesene Kinder), während Sie als haushaltsführender Elternteil stationär mit einem Kind aufgenommen sind, dann können Sie bei der Krankenkasse eine Haushaltshilfe beantragen. Nach Absprache mit der Krankenkasse kann diese Aufgabe eine Person aus der Familie, dem Freundes- oder Nachbarschaftskreis übernehmen. Für Verwandte/Verschwägerter ersten und zweiten Grades werden keine Kosten erstattet. Die Krankenkasse kann jedoch Fahrtkosten und den Verdienstausschlag erstatten, wenn dies in einem angemessenen Verhältnis zu den sonst für eine Haushaltshilfe entstehenden Kosten steht.

Die Hilfe wird in der Regel nur vorübergehend gewährt. Der Höchstbetrag der Kosten für eine Haushaltshilfe, der von der Krankenkasse übernommen wird, liegt bei 8,25 € pro Stunde und maximal 66,- € pro Tag bei einer Betreuung innerhalb des Versichertenhaushalts (32 € außerhalb der Familie). Es muss eine Eigenbeteiligung von 10 % pro Kalendertag (mindestens 5 €, höchstens 10 €) übernommen werden. Es ist auch möglich nach Absprache mit dem Arbeitgeber für diesen Zeitraum unbezahlten Urlaub zu beantragen. In diesem Fall ist zu klären, in welcher Höhe die Erstattung der Lohnausfallkosten durch die Krankenkasse, abzüglich der Eigenbeteiligung für die Haushaltshilfe, erfolgt. Sie sollten auch hier möglichst frühzeitig mit Ihrer Krankenkasse die individuelle Kostenübernahme klären.

4. Fahrtkosten

Fahrtkosten zum stationären Klinikaufenthalt gem. § 60 SGB V

Die Krankenkasse ist verpflichtet die Fahrtkosten zur nächstgelegenen geeigneten stationären Behandlungsmöglichkeit zu übernehmen. Dabei wird die An- sowie die Abreise mit einer Eigenbeteiligung (10 % der Kosten; min. 5€, max. 10€ pro An- und Abreise) erstattet. Wenn es wenige Kilometer von Ihrem Wohnort entfernt eine geeignete Behandlungsmöglichkeit gibt, kann die Krankenkasse höhere Fahrtkosten auch ablehnen. D.h. neben unserer Klinik gibt es in Deutschland weitere kinderrheumatologische spezialisierte Stationen oder Kliniken. Die Krankenkasse wäre im Recht, wenn sie darauf verweist, dass es zu Ihrem Wohnort näher gelegene Behandlungsmöglichkeiten gibt. Die Krankenkasse muss jedoch die Fahrtkosten (abzüglich Ihres Eigenanteils) bis zur nächstgelegenen Behandlungsmöglichkeit übernehmen. Eine Differenz der Fahrtkosten zwischen unserer Klinik und Ihrem Heimatort können Sie steuerlich bei den außergewöhnlichen Belastungen (Krankheitskosten) geltend machen.

Fahrtkosten bei ambulanter Behandlung

Gemäß den Richtlinien des Gemeinsamen Bundesausschuss (GBA) gibt es zwei Varianten einer Ausnahmeregelung zur Fahrkostenerstattung in Zusammenhang mit einer ambulanten Behandlung. Dies erfolgt, wenn:

- die Fahrt aus medizinisch zwingenden Gründen notwendig ist, da eine Erkrankung vorliegt, die eine hoch frequente Behandlung erforderlich macht (bei Dialyse-, Strahlen- bzw. Chemotherapie).

Patienten deren Behandlung nicht exakt diesen Regelungsbeispielen entspricht, haben die Möglichkeit, eine Genehmigung und Prüfung ihres speziellen Einzelfalls durch die Krankenkasse zu beantragen

- die Fahrt aus medizinisch zwingenden Gründen notwendig ist sowie eine dauerhafte Mobilitätseinschränkung vorliegt und deshalb die Nutzung eines PKW oder öffentlicher Verkehrsmittel nicht möglich ist – das trifft zu auf Versicherte, die einen Schwerbehindertenausweis mit dem Merkzeichen „aG“ (außergewöhnliche Gehbehinderung), „Bl“ (Blindheit) oder „H“ (Hilflosigkeit) haben oder mindestens den Pflegegrad 3 nachweisen können.

Patienten, die dauerhaft in ihrer Mobilität eingeschränkt, aber nicht Inhaber eines Schwerbehindertenausweises sind, haben die Möglichkeiten der Gleichstellung nach der Überprüfung des Einzelfalls durch die Krankenkasse.

<https://www.g-ba.de/institution/sys/faq/zur-faq-kategorie/12/#details/26>

Praxistipp: Häufig gestellt Fragen – Gemeinsamer Bundesausschuss

<https://www.g-ba.de/institution/sys/faq/26/>

Bitte beachten Sie: Auch hier handelt es sich wieder um eine Kann-Regelung! D.h. die Krankenkasse muss dies nicht finanzieren.

Praxistipp: Legen Sie sich ein Fahrtenbuch (Datum, Kilometer, Fahrtzweck/Arztbesuch-krankengymnastische Behandlung) an und geben Sie alle Ihre stationären und ambulanten Kilometer/Fahrtkosten am Jahresende bei Ihrem Lohnsteuerausgleich (außergewöhnliche Belastungen / Krankheitskosten) an.

Gibt es Fahrten, die nicht von der Genehmigungspflicht durch die Krankenkasse betroffen sind?

Nicht genehmigungspflichtig sind diese Fahrten:

- Fahrt zum Krankenhaus für eine stationäre Behandlung
- Fahrt zu einer vor- oder nachstationären Behandlung im Krankenhaus (gemäß § 115a SGB V)
- Fahrt zu einer – stationären Behandlung ersetzenden – ambulanten Operation (gemäß § 115b SGB V), die sowohl im Krankenhaus als auch in der Vertragsarztpraxis durchgeführt werden kann
- Rettungsfahrten

5. Kinderpflege-Krankengeld gem. § 45 SGB V

Können berufstätige Eltern bei Erkrankung des Kindes zu Hause bleiben?

Jedem berufstätigen Elternteil stehen pro Jahr 10 Arbeitstage für die häusliche Betreuung, Beaufsichtigung und Pflege eines kranken Kindes (12. Lebensjahr noch nicht vollendet) zu. Für Alleinerziehende besteht ein Anspruch von 20 Kalendertagen pro Kind / Jahr. Bei mehreren Kindern sind dies höchstens 50 Arbeitstage für alle Kinder. Der Kinderarzt stellt bei Erkrankung des Kindes ein ärztliches Zeugnis aus. Dies setzt voraus, dass keine andere Person mit im Haushalt lebt, die das Kind für diesen Zeitraum betreuen und pflegen kann. Die Lohnfortzahlung (in Höhe des Krankengeldes – i.d.R. 70 % des regelmäßigen Bruttoentgeltes / max. 90% des Nettoarbeitslohnes) übernimmt die Krankenkasse, des zu Hause bleibenden versicherten Elternteils. Zur Erstattung des Kinderpflege-Krankengeldes muss das erkrankte Kind gesetzlich versichert sein. Für die Zeit der häuslichen Betreuung haben Sie gegen Ihren Arbeitgeber Anspruch auf

unbezahlte Freistellung von der Arbeitsleistung, soweit nicht aus dem gleichen Grund Anspruch auf bezahlte Freistellung (Einsatz von Urlaub od. Abbau von Überstunden) besteht.

Sie benötigen zur Auszahlung des Kinderpflege-Krankengeldes zwei Bescheinigungen. Die ärztliche Bescheinigung, dass aufgrund von Pflege, Beaufsichtigung oder Betreuung des Kindes die Arbeitsaufnahme bzw. Ihr Erscheinen am Arbeitsplatz nicht möglich ist. Ihr Arbeitgeber wiederum muss Ihnen für die Krankenkasse Ihre unbezahlte Freistellung bescheinigen.

6. Zuzahlungen

Welche Zuzahlung müssen Versicherte ab dem 18. Geburtstag leisten?

Versicherte der gesetzlichen Krankenversicherung müssen sich ab Vollendung des 18. Lebensjahres an den Kosten bestimmter Leistungen beteiligen. Einige dieser Zuzahlungen finden Sie in der folgenden Liste:

Leistung	Zuzahlung § 61 SGB V
Arzneimittel Verbandmittel § 31 (3) SGB V	Die Zuzahlung für Arznei- und Verbandmittel beträgt 10% der Kosten (mindestens 5,-€, maximal 10,-€) . – in keinem Fall mehr als die Kosten des Arznei- und Verbandmittels Diese Regeln gelten auch für Internet-Apotheken. // Die Krankenkassen verhandeln den Preis für einen Medikamentengrundstoff mit den Herstellern mit sogenannten Festpreisen. Liegt ein Pharmahersteller über diesem Preis, kommen die zusätzlichen Kosten für das Medikament zur Rezeptgebühr dazu. // Eine Liste zuzahlungsfreier Medikamente finden Sie unter: www.gkv.info oder www.meine-gesundheit.de
Heilmittel § 32 SGB V	10 % der Kosten plus 10,- € pro Verordnung
Fahrtkosten § 60 SGB V auch unter 18	<u>stationäre Behandlung</u> : 10% der Fahrtkosten, mindestens 5 €, maximal 10 € (nicht mehr als die Kosten der Fahrt) – jeweils pro Fahrt. <u>ambulante Behandlung</u> : Die Krankenkasse übernimmt ambulante Fahrtkosten nur noch in Ausnahmefällen (z.B. Dialyse- od. Strahlen-Behandlung), sowie bei einem GdB mit dem Merkzeichen a.G., H oder BI – siehe hierzu Punkt Fahrtkosten
Hilfsmittel § 33 SGB V	10 % des Verkaufspreises mindestens 5,- €, maximal 10,- €. Die Krankenkassen führen ein Verzeichnis aller anerkannten Hilfsmittel. Hilfsmittel, die nicht in dem offiziellen Verzeichnis gelistet sind (z. B. Therapie-Sitz-Roller) können, müssen aber nicht von der Kasse finanziert werden. Kostenvoranschläge werden vom medizinischen Dienst der Krankenkassen (MDK) geprüft.
Krankenhaus- behandlung, §§ 39 Abs. 4 SGB V	Wer das 18. Lebensjahr vollendet hat, muss für Krankenhaus- behandlungen einen Betrag von 10,- € pro Kalendertag, jedoch für längstens 28 Tage im Jahr bezahlen. Bereits im selben Jahr geleistete Zuzahlungen zu Krankenhaus- und Anschlussheilbehandlungen (AHB) werden angerechnet.
medizinische Rehabilitation § 40 Abs. 5, Abs. 7 SGB V	Ambulante oder. stationäre Leistungen zur medizinischen Rehabilitation (z.B. Mutter-Kind-Kuren) Zuzahlung: 10,- € pro Kalendertag

Eigenanteil: Kieferortho- pädische Behandlung § 28, 29 SGB V	Bei Kindern: 20 % der Kosten; bei weiteren Kindern gleichzeitig: 10 % der Kosten Der geleistete Eigenanteil wird am Ende der erfolgreichen Behandlung erstattet. Bei Erwachsenen: 20% der Kosten und nur so weit zusätzlich kieferchirurgische Behandlungsmaßnahmen erforderlich sind, ansonsten zahlt der Versicherte voll
--	--

Welche Kosten entstehen bei Arzneimitteln für Kinder und Jugendliche?

Kinder unter 18 Jahren sind von allen Arzneimittel-Zuzahlungen befreit.

Für Kinder unter 12 Jahren (sowie Jugendliche mit Entwicklungsstörungen) bis zum vollendeten 18. Lebensjahr gilt außerdem, dass grundsätzlich alle Arzneimittel erstattungsfähig sind, also in der Regel auch nicht rezept- bzw. verschreibungspflichtige Medikamente von der Krankenkasse bezahlt werden.

Von dieser Regelung ausgenommen sind, d.h. nicht bezahlt werden:

- Bagatellarzneimittel' (Mittel gegen Erkältungskrankheiten, Schnupfen, Schleimlöser usw.)
- Arzneimittel mit geringem und therapeutisch umstrittenem Nutzen (unwirtschaftliche Arzneimittel § 34 Abs. 1 SGB V)

Ausgenommen hiervon sind Patienten mit schwerwiegenden Erkrankungen!

Patienten, die an einer schwerwiegenden Erkrankung leiden und zur Behandlung nicht verschreibungspflichtige Arzneimittel und Naturheilmittel benötigen, können diese Medikamente auf Kosten der Krankenkasse erhalten, sofern diese Arzneimittel nach medizinischen Gesichtspunkten Therapiestandard sind. Diese Medikamente dürfen vom Arzt mit medizinischer Begründung verordnet werden.

7. Zuzahlungsbefreiung

bei Erreichen der Belastungsgrenze - § 62 SGB V

Die festgelegte Belastungsgrenze verhindert, dass chronisch Kranke, Behinderte, Bezieher von Sozialleistungen und Versicherte mit einem geringen Einkommen durch Zuzahlungen zu medizinischen Leistungen in unzumutbarer Weise belastet werden. Derzeit liegt die Belastungsgrenze bei 2% des Jahres-Bruttoeinkommens. Kinder und Jugendliche bis zu einem Alter von 18 Jahren sind – mit einigen Ausnahmen (z. B. Eigenbeteiligung Fahrtkosten) von Zuzahlungen befreit.

Sonderregelung für chronisch Kranke

Wenn chronisch Kranke, wegen derselben schwerwiegenden Krankheit in Dauerbehandlung sind, dann gilt eine Belastungsgrenze von 1% des Jahres-Brutto-Familieneinkommens. Das bedeutet, bei Überschreiten der 1%-Grenze greift die Befreiung von weiteren Zuzahlungen. Als Nachweis benötigt der Versicherte vom Arzt eine „Ärztliche Bescheinigung zur Feststellung einer schwerwiegenden chronischen Krankheit“ (Muster 55; Chroniker-Richtlinie g-BA (§ 62 SGB V))

Voraussetzung - schwerwiegend chronisch krank ist:

Wer mindestens ein Jahr aufgrund derselben Erkrankung mindestens einmal pro Quartal in ärztlicher Behandlung (Dauerbehandlung) ist und mindestens eines der nachfolgenden Kriterien erfüllt

- Einstufung ab Pflegegrad III
- Grad der Behinderung von mindestens 60% (begründet durch die schwerwiegende Behinderung)

- Eine kontinuierliche medizinische Versorgung ist notwendig, ohne die aufgrund der chronischen Erkrankung nach ärztlicher Einschätzung eine lebensbedrohliche Verschlimmerung der Erkrankung, eine Verminderung der Lebenserwartung oder eine dauerhafte Beeinträchtigung der Lebensqualität zu erwarten ist

Berechnung der Belastungsgrenze

Das Familieneinkommen setzt sich aus den jährlichen Bruttoeinnahmen, des Versicherten und der im gemeinsamen Haushalt lebenden Angehörigen (Lebenspartner) zusammen. Die Belastungsgrenze betrifft immer die ganze mitversicherte Familie.

Beispiel:

- Jahres-Brutto-Familieneinkommen
- abzüglich Freibetrag für den Ehepartner
- abzüglich Freibetrag für Kinder
- ergibt das maßgebende Jahres-Brutto-Familieneinkommen

Hiervon werden entweder 2 % oder 1 % als jährliche Belastungsgrenze angesetzt.

Alle Zuzahlungen müssen bis zu dem individuell errechneten Grenzbetrag selbst geleistet werden. Dabei werden die Zuzahlungen des Versicherten mit den Zuzahlungen seiner Angehörigen (aller im Haushalt lebenden Versicherten) zusammengerechnet. Ausgenommen sind die Zuzahlungen privatversicherter und beihilfeberechtigter Personen. Allerdings werden für das Familieneinkommen, unabhängig von der Versicherungsart, beide Einkommen mit angerechnet.

Eine Erstattung durch die Krankenkasse erfolgt erst nach Überschreiten der Belastungsgrenze. Sammeln Sie also während des gesamten Kalenderjahres alle Zuzahlungsbelege. Die Antragstellung zur Befreiung von der Zuzahlung erfolgt bei Ihrer Krankenkasse. Diese erteilt Ihnen eine Bescheinigung, dass Sie für den Rest des Kalenderjahres von Zuzahlungen befreit sind.

Es ist auch möglich, die Belastungsgrenze von der Krankenkasse berechnen zu lassen und diese vorab zu zahlen. Dafür erhält man die Befreiung für den Rest des Kalenderjahres.

8. Heilmittel § 32 SGB V

Die Heilmittel-Richtlinie nennt Erkrankungen, bei denen eine Heilmittelbehandlung in Frage kommt, und legt Therapieziele und maximale Verordnungsmengen im Regelfall fest. Die Gesamtverordnungsmenge und die Anzahl der Behandlungen (Einheiten) je Verordnung im Regelfall ergeben sich aus dem Heilmittelkatalog. (Heilm-RL §7 Abs. 1) Die Verordnungsmenge richtet sich nach dem medizinischen Erfordernis des Einzelfalls; nicht jede Schädigung/Funktionsstörung bedarf der Behandlung mit der Höchstverordnungsmenge je Verordnung bzw. der Gesamt-verordnungsmenge des Regelfalls. (Heilm-RL §7 Abs. 2)

Reichen die Verordnungen nicht aus, um das Therapieziel zu erreichen, kann die Heilmittelbehandlung unter bestimmten Voraussetzungen außerhalb des Regelfalls fortgesetzt werden.

§ 8 Verordnung außerhalb des Regelfalls; Heilmittel-Richtlinie HeilM-RL

Bei Nichterreichen des Therapieziels innerhalb der Gesamtverordnungsmenge (Maßgabe Heilmittelkatalog) sind weitere Verordnungen (außerhalb des Regelfalls, insb. längerfristige Verordnungen) möglich.

Notwendig sind:

- eine besondere Begründung mit prognostischer Einschätzung sowie
- eine weiterführende Diagnostik, um auf Basis des festgestellten Therapiebedarfs, der Therapiefähigkeit, der Therapieprognose und des Therapieziels die Heilmitteltherapie fortzuführen.

Begründungspflichtige Verordnungen sind der Krankenkasse vor Fortsetzung der Therapie zur Genehmigung vorzulegen. Verzichtet die Krankenkasse auf ein Genehmigungsverfahren, hat dies die gleiche Rechtswirkung wie eine erteilte Genehmigung.

Auf Antrag des Versicherten ist eine Krankheitsstuserhebung möglich: wegen der sich aus der ärztlichen Begründung ergebenden besonderen Schwere und Langfristigkeit der funktionellen/strukturellen Schädigungen, der Beeinträchtigungen der Aktivitäten.

Die Genehmigung kann zeitlich befristet werden, soll aber mindestens ein Jahr umfassen.

Langfristiger Heilmittelbedarf

Liegen schwere und dauerhafte funktionelle/strukturelle Schädigungen vor, kann darüber hinaus ein langfristiger Heilmittelbedarf anerkannt werden.

Hat der behandelnde Arzt eine schwere funktionelle oder strukturelle Schädigung festgestellt, bei deren Behandlung **fortlaufend über einen Zeitraum von mindestens einem Jahr Heilmittel erforderlich sind**, erfolgt die **Genehmigung durch ein vereinfachtes Verfahren**.

Kein Antrag notwendig, wenn Erkrankung auf einer Diagnoseliste steht

Heilmittel-Richtlinie enthält eine Diagnoseliste, die Erkrankungen aufführt, bei denen eine langfristige Heilmitteltherapie erforderlich werden kann

Die Diagnoseliste befindet sich auf den letzten 10 Seiten der Heilmittelrichtlinie

https://www.g-ba.de/downloads/62-492-1283/HeilM-RL_2016-05-19_iK-2017-01-01.pdf

- Anlage 2 zur Heilmittel-Richtlinie: Diagnoseliste zum langfristigen Heilmittelbedarf nach § 32 Abs. 1a SGB V (mit Wirkung ab dem 01.01.2017)
- steht die Erkrankung auf dieser Liste, gilt ein langfristiger Heilmittelbedarf von vornherein als genehmigt
- ein Antrag bei der Krankenkasse entfällt.
- Behandelnder Arzt kann erforderliche Heilmittel verordnen, solange sie medizinisch notwendig sind
- mindestens alle zwölf Wochen ein Arztbesuch zur medizinischen Kontrolle und erneuter Prüfung der Notwendigkeit zur Heilmittelverordnung

Diagnoseliste für besondere Verordnungsbedarfe

- Ist die Erkrankung nicht auf der Diagnoseliste aufgeführt, kann die **Diagnoseliste über besondere Verordnungsbedarfe eine kontinuierliche Heilmittelversorgung begründen**

Hier finden Sie die Diagnoseliste über besondere Verordnungsbedarfe – ab Seite 3:

http://www.kbv.de/media/sp/Rahmenvorgaben_Wirtschaftlichkeitspruefung_Aenderungsvereinbarung.pdf

Die Diagnoseliste ist ein Anhang der bundesweiten Rahmenvorgaben für Wirtschaftlichkeitsprüfungen nach § 106 Abs. 2 Satz 4 SGB V, die zwischen dem GKV-Spitzenverband und der Kassenärztlichen Bundesvereinigung abgeschlossen werden.

- Wenn die Erkrankung auf dieser Liste steht und die Nebenbedingungen (z. B. Alter oder Zeitpunkt des Akutereignisses) erfüllt sind, ist **kein Antrag erforderlich**.
- Anderenfalls bedarf es eines Antrages.

Antragstellung – wenn Erkrankung nicht auf Diagnoseliste

- Ist die Erkrankung auf keiner der beiden Diagnoselisten, kann es dennoch sein, dass aufgrund der dauerhaften funktionellen/strukturellen Schädigung ein langfristiger Heilmittelbedarf vorliegt.
- Der Arzt kann eine Verordnung mit einer Begründung ausstellen. Aus dieser muss hervorgehen, dass eine mit der Diagnoseliste vergleichbare schwere und langfristige Erkrankung vorliegt und deshalb die Notwendigkeit einer fortlaufenden Heilmitteltherapie über mindestens ein Jahr besteht.
- Liegt eine Verordnung mit Begründung vor, können Sie bei Ihrer Krankenkasse einen Antrag auf Genehmigung eines langfristigen Heilmittelbedarfs stellen.
- Legen Sie dem Antrag eine Kopie der ärztlichen Verordnung mit der Begründung bei.
- Das Original legen Sie zur Durchführung Ihrer Therapie bei Ihrem Therapeuten/Ihrer Therapeutin vor.

Kontinuierliche Behandlung gewährleistet

- Die ärztliche Verordnung ist unmittelbar nach dem Ausstellen gültig. Die Heilmittelbehandlung kann sofort aufgenommen oder fortgesetzt werden.
- Für den Fall, dass die Krankenkasse Ihren Antrag ablehnt, übernimmt sie die Kosten für die Behandlungen mindestens bis zum Zugang des Ablehnungsbescheides.

Vier-Wochen-Frist der Krankenkasse

- Krankenkasse entscheidet über Genehmigung des langfristigen Heilmittelbedarfs innerhalb von vier Wochen nach Antragseingang.
- Nach Fristablauf ohne Rückmeldung der Krankenkasse gilt die Genehmigung als erteilt
- Zur Antragsprüfung kann evtl. auch ein Gutachten des Medizinischen Dienstes erforderlich sein. Falls hierfür ergänzende Informationen nötig sind, wird Ihre Krankenkasse bzw. der Medizinische Dienst diese bei Ihnen oder dem Arzt anfordern.
- In diesem Fall wird die Vier-Wochen-Frist so lange unterbrochen, bis die ergänzenden Informationen eingegangen sind.
- Nach Antragsgenehmigung kann die Heilmitteltherapie für den bewilligten Zeitraum fortgesetzt werden.
- Mindestens alle zwölf Wochen sind ein Arztbesuch zur Kontrolle und eine neue Heilmittelverordnung notwendig
- Sollte der langfristige Heilmittelbedarf nicht bestätigt werden, kann die medizinisch notwendige Heilmitteltherapie nach den allgemeinen Regelungen der Heilmittel-Richtlinie (zu Erst- und Folgeverordnungen sowie Verordnungen außerhalb des Regelfalls) fortgesetzt werden
- Legen Sie die Entscheidung der Krankenkasse dem Arzt und dem Heilmitteltherapeuten zur Information vor
- Bei Antragsablehnung besteht die Möglichkeit, einen Widerspruch gegen den Bescheid der Krankenkasse einzulegen

9. Hilfsmittel

Kostenübernahme von Hilfsmitteln durch die Krankenkasse (§ 33 SGB V)

„Hilfsmittel sind technische Produkte oder Sachmittel, die den Behandlungserfolg einer Erkrankung sichern, einer drohenden Behinderung vorbeugen oder eine Behinderung ausgleichen, soweit diese Produkte nicht den allgemeinen Gebrauchsgegenständen des täglichen Lebens zuzurechnen sind oder von geringem oder umstrittenen therapeutischen Nutzen sind.“ vgl. § 33 (1) SGB V

Die Versorgung mit einem Hilfsmittel erfolgt grundsätzlich nur auf Antrag und nach Verordnung durch den Arzt. Hilfreich dabei ist z.B. eine fachärztliche Stellungnahme. Diese kann folgende Punkte enthalten: Beschreibung der Grunderkrankung, Hinweis auf vorhandene und fortschreitende Einschränkungen, Bekräftigung der medizinischen Notwendigkeit des Hilfsmittels. Ein Antrag auf Hilfsmittelversorgung muss immer im Voraus gestellt werden. Eine nachträgliche Erstattung bei einem schon gekauften Hilfsmittel ist nicht möglich. Beachten Sie, dass nur noch Vertragspartner (Hilfsmittel-Lieferanten / Sanitätshäuser) der jeweiligen Krankenkasse als Leistungserbringer akzeptiert werden.

Die Krankenkassen führen ein Verzeichnis aller anerkannten Hilfsmittel (GKV-Hilfsmittelverzeichnis). Verordnet ein Arzt ein Hilfsmittel, das in diesem Verzeichnis gelistet ist, müssen gesetzlich Krankenversicherte zudem eine Zuzahlung von 10 % des Verkaufspreises mindestens jedoch 5,-€ und maximal 10,-€ leisten. Beachten Sie bitte, dass grundsätzlich jede Entscheidung über die Kostenübernahme eines Hilfsmittels eine Einzelfallentscheidung der Krankenkasse ist. Die Krankenkasse kann die Kostenübernahme des beantragten Hilfsmittels ganz oder teilw. genehmigen oder auch ablehnen.

Sollte ein verordnetes Hilfsmittel abgelehnt werden, lohnt es sich in jedem Fall ein überzeugend-informatives Widerspruchsschreiben zu formulieren. Es kann nicht vorausgesetzt werden, dass jeder Sachbearbeiter über Kenntnisse des individuellen Hilfsmittelbedarfs verfügt. Sollte evtl. im Rahmen der Prüfung bzw. Entscheidung ein Gutachten (z.B. Medizinischer Dienst) erstellt worden sein, dann können Sie dieses Gutachten einsehen. Nehmen Sie Ihr Recht auf Akteneinsicht (§ 25 (5) SGB X) wahr und lassen Sie sich dieses Gutachten in Kopie zusenden.

Hilfsmittel, die nicht in dem offiziellen Verzeichnis gelistet sind, können, müssen aber nicht von der Kasse finanziert werden. Neben der ärztlichen Verordnung ist hier in jedem Fall eine ausführliche Begründung erforderlich.

Tipps zum Thema Steuern

Das jeweils aktuelle 'Steuermerkblatt für Familien mit behinderten Kindern' erhalten Sie unter www.bvkm.de

Der Inhalt des Merkblattes wurde sorgfältig erarbeitet. Dennoch können Irrtümer nicht ausgeschlossen werden. Auch können seit der Drucklegung des Merkblattes rechtliche Änderungen eingetreten sein. Der Sozialdienst kann deshalb keine Gewähr für die Richtigkeit und Vollständigkeit der Information übernehmen. Insbesondere wird keine Haftung für sachliche Fehler oder deren Folgen übernommen.